

Advance Directives: Declaraciones Anticipadas de tratamiento médico o mal denominado Testamento Biológico

*Francesco Zappalá**

Resumen

El asunto cardinal de las *Advance Directives* o Declaraciones Anticipadas de Tratamiento Médico radica en determinar la eficacia y validez de la voluntad conferida mediante el consentimiento informado suscrito en estado de capacidad, que tiene como finalidad interpretar la intención del individuo para un momento futuro en el cual estará en estado de incapacidad para tomar decisiones en cuanto a los tratamientos y disposiciones médicas. Existen lineamientos diferenciadores de las *Advance Directives* entre los sistemas *common law* y *civil law*, que deben ser identificados para comprender la legislación y la praxis jurídica que las contemplan, y para abordar un estudio comparado de este instituto en la cultura jurídica occidental. Las *Advance Directives* han sido confundidas con la acepción 'Testamento Biológico' por errada duplicación legislativa. En el imaginario colectivo las consecuencias de las *Advance Directives* coinciden con la eutanasia, sobre todo en la modalidad pasiva más que en la activa. Así, son en realidad dos conceptos diferentes, con conexiones estrechas, pero con distinta reglamentación legal, a tal punto que en Europa Continental las *Advance Directives* son admitidas y hacen parte de la realidad social, al contrario de la eutanasia, que es excluida legislativamente y que tiene amplia aceptación en el sistema del *common law*.

Palabras claves

Advance directives, Declaraciones Anticipadas de Tratamiento Médico, Testamento Biológico, bioderecho, autodeterminación, capacidad, voluntad, consentimiento informado, eutanasia.

Abstract

The main issue of *Advance Directives* is determining the effectiveness and validity of the will conferred by the informed consent signed in capacity, which aims to interpret the intent of the patient for a future time in which he will be in a state of inability to decide on treatments and medical provisions. There are guidelines that differentiate *Advance Directives* in common law and civil law systems, which must be identified in order to understand the law and legal practices that relate to them and to address a comparative study of this institution in Western legal culture. *Advance Directives* have been confused with the living will, because of a mistaken duplication of legislation. In the collective imagination the consequences of *Advance Directives* coincide with euthanasia, especially in the passive rather than in the active mode. However, these are two different concepts, with close connections, but with different legal regulation, to such an extent that Continental Europe accepts *Advance Directives*, and they are part of society, as opposed to euthanasia, which is excluded legislatively, although it has wide acceptance in common law systems.

Keywords

Advance Directives, Living Will, Biological Law, Self-Determination, Capacity, Will, Informed Consent, Euthanasia.

* Abogado, consultor y docente. Abogado egresado de la Universidad de San Buenaventura Cali. Docente de Planta de la Pontificia Universidad Javeriana, Cali. Especialista en Derecho Comercial de la Universidad Pontificia Bolivariana. Magíster en Derecho Privado Europeo de la Università degli Studi La Sapienza de Roma, Italia. Actualmente, adelanta estudios del Doctorado en Derecho de la Economía y de la Empresa del Collegio del Dottorato di Diritto Commerciale dell'Università degli Studi La Sapienza de Roma, Italia.

1. Noción de *Advance Directives* y antecedentes de bioderecho

Por *Advance Directives*, o Declaraciones Anticipadas de Tratamiento Médico o más sencillamente Declaraciones Anticipadas, se entiende aquella declaración o conjunto de declaraciones por medio de las cuales un individuo, dotado de plena capacidad, expresa su voluntad sobre los tratamientos médicos a los que desearía o no ser sometido en la eventualidad de una enfermedad, trauma imprevisto o advertido, vejez o simplemente incapacidad, en consecuencia de los cuales no estaría en condición de expresar su propio consentimiento informado (u oposición al mismo). Es una manifestación, por lo general escrita, realizada en presencia de testigos o notario por una persona en plenitud de sus facultades mentales, en la cual se especifican las condiciones de su tratamiento, en caso de encontrarse en imposibilidad de decidir sobre la propia salud.

El concepto *Advance Directives*, o Declaraciones Anticipadas de Tratamiento Médico, es una expresión de las preocupaciones que se producen en los países afectados por un fuerte avance de la medicina y la tecnología. Los descubrimientos en el campo de la ciencia médica en las últimas dos décadas han facilitado una mejora de la calidad de vida y un aumento de la duración de la misma. Frente a las nuevas oportunidades de intervención en los asuntos biológicos como procreación asistida, trasplantes de órganos, clonación, técnicas de alimentación artificial, etc., surge la necesidad de establecer normas de conducta, no sólo morales, éticas o religiosas, sino también jurídicas (Serrano, 2005: 243).

En la última década, las expresiones Testamento Biológico o *Advance Directives* se han tornado comunes en el lenguaje jurídico europeo, a causa de acontecimientos puntuales que han incendiado la opinión pública, dado que los juristas —y en general el mundo del derecho— han tenido que perseguir afanosamente la realidad para otorgar adecuadas respuestas jurídicas, en algunas ocasiones sin éxito, confundiéndolas con la eutanasia (Herranz, 2004). Otras han generado confusión por las expresiones acuñadas; un ejemplo sobresaliente es el equívoco término Testamento Biológico. En algunas ocasiones se han presentado esfuerzos que han convergido en proyectos legislativos, algunos fallidos, otros en estudio y los más afortunados en legislación permanente.

En bioderecho gran parte de la materia objeto de decisión exige una difícil reglamentación (Brussino, 2002: 27) de las cuestiones prácticas, de tal manera que su irreductible indeterminación (Araujo y Marías, 1981: 18-24), agravada

por el potencial manipulativo de la tecnología (Jonas, 1997: 108), obligan a prestar especial atención en el momento del juicio moral, que consiste en someter a prueba la norma mediante la ponderación de las circunstancias y de las consecuencias de la acción del individuo (Ricoeur, 1996: 298).

En la mayor parte de los ordenamientos jurídicos, por ser inexistente una legislación relacionada con el tema, las cuestiones que gravitan alrededor de la noción de *Advance Directives*, al igual que todo tema sobre bioderecho, se han enfrentado recurriendo a principios generales y a valores reconocidos como dominantes en el ordenamiento jurídico donde sean asumidas las decisiones¹.

No obstante que el cuadro de valores y de principios en el mundo occidental sea muy amplio, se pueden individuar dos concepciones de bioderecho que se contraponen: una es aquella que instruye el sistema norteamericano, en el cual están incluidos Canadá, el Reino Unido y los países escandinavos, es decir, la tradición cultural del *common law*, y la otra concepción es la europea, que caracteriza el cuadro cultural de Europa Continental.

El acercamiento norteamericano a este tipo de problemática se hace bajo cierto punto de vista demasiado sencillo, por cuanto prevalece un único principio: el derecho del individuo a la autodeterminación. En el sistema norteamericano las cuestiones de bioética son resueltas casi exclusivamente haciendo referencia al criterio de la libertad individual de autodeterminación, principio con fundamento constitucional enmarcado en la Cuarta Enmienda de la Constitución Política de los Estados Unidos de América, que prevé el denominado derecho a la *privacy* (Santosuosso, 1991: 67), entendido en este sistema en un sentido muy sencillo con respecto a Europa. En el sistema del *common law* el derecho a la privacidad es una libertad negativa, entendida como el derecho o facultad del individuo a no sufrir interferencias externas en las prerrogativas personales (Busnelli, 1987: 270), y en específico por parte del Estado, al igual que por parte de terceros, en los atributos concernientes a la persona y a su vida, sobre los cuales la decisión es exclusiva del interesado y su voluntad es soberana.

En el sistema europeo, a diferencia del norteamericano —en donde sencillamente domina el criterio de la autodeterminación—, el cuadro de

¹ Es menester informar al lector que la última parte del primer capítulo del presente texto está relacionada con el primer capítulo del artículo “Estatuto jurídico del concebido” del mismo autor (Zappalá, 2007: 263-280), por cuanto los temas de ambos artículos convergen en el concepto general de bioderecho, en atención a que ambos artículos realizan un estudio de derecho comparado de cada figura en el *common law* y en el *civil law*.

referencia es mucho más complejo y articulado. Las cuestiones de bioética correspondientes a la prerrogativa sobre la propia vida no se remiten a la exclusiva voluntad del interesado, sino que esta es acompañada y algunas veces subordinada a una serie de principios, entre los cuales está el de solidaridad, sobre todo el de dignidad humana, que en Europa es el principio cardinal en materia de bioética.

El principio sobre el cual oscilan los dos sistemas es el de dignidad humana. Al sistema norteamericano, que se fundamenta en la libertad de autodeterminación, se contraponen el sistema europeo, que asienta en segundo plano la voluntad del individuo de autodeterminarse y considera prioritario el criterio del respeto de la dignidad humana. El entendimiento europeo de este principio parece menos claro que el norteamericano, en el cual es muy sencillo discernir la primacía de la libertad del individuo para autodeterminarse, por cuanto en las prerrogativas de bioética, incluida la propia vida, es necesario en primer lugar respetar el criterio de la dignidad humana, sin que esto signifique que sea desconocido en el sistema norteamericano. Todo lo contrario: en aquel sistema la propia dignidad es entendida en un sentido puramente subjetivo, es decir, el significado de la dignidad depende —en homenaje a la autoridad de la libertad— exclusivamente del individuo, quien decide lo que es digno o no, representándose la dignidad como un auténtico derecho, por cuanto el individuo puede llegar a considerar que es más digno morir, en lugar de permanecer en un estado de coma, de alimentación forzada o de sufrimiento sin esperanza. La dignidad de morir se convierte en un derecho en un sistema jurídico-cultural muy lineal, aunque muy discutible.

Por el contrario, en el sistema europeo la dignidad humana termina siendo un deber, una obligación del individuo y no precisamente un derecho; es orientadora de un comportamiento, que —en nombre de la misma dignidad— es impuesto al sujeto interesado, quien no puede efectuar ciertas conductas propiamente en nombre de su dignidad. En cambio, en el sistema norteamericano el individuo, siendo la dignidad un derecho, puede inclusive tener el derecho de abortar, de morir y de rechazar tratamientos médicos, si resulta más digno para éste, por cuanto nadie decide qué es digno para él. En el sistema europeo acontece lo contrario: en nombre de la dignidad no se vienen reconocidos derechos, sino que son impuestos deberes, y vale decir que en nombre de la dignidad no se puede disponer de la propia vida (Zappalá, 2007: 264-266).

Trazar la diferencia entre los dos sistemas culturales del mundo occidental en materia de bioderecho y bioética es primordial, por cuanto las Declaraciones Anticipadas de Tratamiento Médico o *Advance Directives* en Europa

Continental son institutos modulados por la experiencia norteamericana e inglesa, en donde la mayor parte de los sistemas jurídicos nacionales o supranacionales están dotados de estos instrumentos jurídicos.

2. Significado de Testamento Biológico y *Advance Directives*

Como ya fue dicho, con la expresión *Advance Directives* se denota la declaración realizada por un individuo capaz, destinada a tener efectos en el momento en que éste no se encuentre en capacidad de expresar su voluntad, sin tener la idoneidad o aptitud de confirmar, modificar o negar su previa manifestación de voluntad.

De forma errada se han identificado e incluso equiparado dos conceptos distintos: la noción de Declaraciones Anticipadas de Tratamiento Médico y el término Testamento Biológico, que es la imprecisa traducción de la expresión inglesa *living will*. Originalmente el *living will* —cuya correcta traducción es “testimonio de vida”— se concibió en la experiencia jurídica norteamericana como aquella determinada *Advance Directive* destinada exclusivamente para aquellas situaciones que la medicina denomina terminales de la existencia humana. Dicho de otro modo, Testamento Biológico o *living will* comprende las Declaraciones Anticipadas específicamente originadas en caso de enfermedades consideradas extremas o terminales, según las cuales con certeza llevarán al fallecimiento del individuo, es decir, como *living will* se entienden las disposiciones para el fin de la vida (Bondolfi, 1994).

La denominación Testamento Biológico es censurable por cuanto el testamento en todos los ordenamientos jurídicos occidentales es un acto jurídico típico —aunque tenga varias especies (Maffía, 2005: 153)—, exige formalidades *ad solemnitatem* para su perfeccionamiento (Zannoni, 2007: 557), esencialmente tiene contenido patrimonial (Cardona, 2004: 17), presupone el fallecimiento del declarante (Lafont, 2000: 125) y anuncia la presencia de un asignatario en calidad de legatario o heredero, entre otras características (Espinel, 1984: 7). Por el contrario, las *Advance Directives* teóricamente pueden existir y tener eficacia sin necesidad de tipicidad legal, para su perfeccionamiento no requieren de formalidades excluyentes, evidentemente no asumen la finalidad de transferencia patrimonial del causante, por su naturaleza no prevén un causante y no exigen la presencia de un asignatario receptor del acto jurídico. No es admisible replicar que las Declaraciones Anticipadas de Tratamiento Médico constituyen la denominada dimensión atípica del testamento. Por lo tanto, es insostenible intentar introducir o admitir las *Advance Directives* en los ordenamientos jurídicos que no las contemplan con el ilegítimo argumento de la previsión legal de

testamento como una forma de disposición de todo o parte de los bienes de un causante para que tenga pleno efecto después del fallecimiento. Es evidentemente equivocado relacionar las *Advance Directives* con la institución del testamento, como también con el de Testamento Biológico, debido a que las primeras existen en vida de la persona incapaz para la protección y la continuación de su personalidad jurídica; en cambio, el testamento es una institución que presupone la inexistencia de personalidad jurídica (Ripert, 1987: 41).

No obstante lo anterior, por parte de algunos juristas y en algunas legislaciones no se ha encontrado mejor denominación a la de Testamento Biológico, inexactitud causada por la ausencia de legislación uniforme, acompañada por el intento de imitar y traducir las legislaciones foráneas existentes, generando problemáticas en torno a la denominación y al contenido de las Declaraciones Anticipadas de Tratamiento Médico.

3. Voluntad e incapacidad jurídica

El problema más complejo, alrededor del cual gravita la naturaleza jurídica de las Declaraciones Anticipadas de Tratamiento Médico, radica en establecer el valor que tiene una voluntad exteriorizada por un sujeto capaz, pero destinada a tener efectos y eficacia cuando el sujeto no estará en posibilidad de confirmarla (Castaño, 1997: 219-221).

Por consiguiente, el asunto de las Declaraciones Anticipadas de Tratamiento Médico depende de la noción de incapacidad, siendo necesario distinguir dos escenarios fundamentalmente diferentes en los cuales un individuo puede llegar a estar en estado de incapacidad: uno accidental o hipotético, no presagiado; y otro previsto y pronosticado, en los casos de un paciente que se somete a determinados tratamientos cuya consecuencia será probablemente una incapacidad, del deterioro de una enfermedad degenerativa hacia la invalidez o incapacidad, o del paciente que conoce las altas probabilidades de hallarse en condiciones de incapacidad después de una intervención médica.

En lo relacionado con la incapacidad advertida como posible y pronosticada, se ha inciertamente considerado —en ausencia o sin necesidad de regulación legislativa— que la voluntad del individuo debe ser respetada, aseveración precaria por cuanto en el sistema cultural jurídico anglosajón del *common law* no existe duda al respecto, a diferencia del sistema continental europeo del *civil law*.

Para distinguir y descifrar las dos distintas tendencias de pensamiento entre *common law* y *civil law*, en atención a la cuestión de *Advance Directives*, es preciso mencionar dos situaciones fácticas, casi idénticas, acontecidas en los dos continentes: aunque el tema central es la eutanasia y no las *Advance Directives*, estas situaciones resultan interesantes para dilucidar las dos propensiones jurídico-sociales. Es fácil recordar el caso de Terry Squiavo (*Black Voice News Online* 07/04/2005), mujer norteamericana reducida a un estado de coma por una enfermedad terminal, a quien le fue interrumpido el tratamiento que la mantenía en vida, presumiéndose que esa era su voluntad. Esta conjetura se fundamentó en la opinión del cónyuge sobre la voluntad incógnita de la incapaz, en donde nunca existió voluntad expresa de la paciente en torno a la manifestación de interrupción de la propia vida por su incapacidad total de entender y querer (Serrano, 2006: 69), e incluso de manifestarse. Confrontando este caso con el acontecido recientemente en Italia, se deduce la dimensión de la distancia entre los dos sistemas en términos culturales: el Tribunal de Roma negó la voluntad expresa, directa, incuestionable y capaz de entender y querer del señor Piergiorgio Welfy (Tribunale di Roma Sezione i Civile, 2006), quien exhortó personalmente por la vía judicial la interrupción de su vida a causa de una grave e incurable enfermedad, alegando el derecho de autodeterminarse y de decidir sobre su propia vida.

Distinto es el asunto en el cual la incapacidad sea accidental, y el individuo *a priori* haya señalado prevenidamente su voluntad sobre los procedimientos médicos y demás condiciones durante su invalidez, en un documento denominado *Advance Directives* o Declaraciones Anticipadas de Tratamiento Médico.

4. Instrumentación de las *Advance Directives*

La exteriorización de la voluntad, para la casi totalidad de la legislación y doctrina que trata el tema, debe tener la formalidad del escrito, como requisito para la validez de las *Advance Directives* o Declaraciones Anticipadas de Tratamiento Médico, que subordinan el profesional médico a la voluntad del paciente (Cotta, 1983: 22).

La sistemática del documento *Advance Directives* en los países en los cuales existe una reglamentación legal —como Francia, España y Holanda—, al igual que en los demás países que carecen de legislación específica —estos por imitación de los primeros—, contemplan tres partes, con reglamentación a contenido mínimo.

Una primera parte, obligatoria, en la cual debe ser expresado el consentimiento informado del sujeto. Es de fundamental importancia porque reposa la voluntad intrínseca del individuo, requisito de la esencia para la validez y legitimidad del instituto, que no debe reducirse a una mera lectura de un modelo preimpreso y aceptación de los procedimientos médicos y en general del tratamiento médico. Es el total e inequívoco discernimiento sobre la integridad de las modalidades y consecuencias futuras de un tratamiento médico, de sus alternativas, de las posibilidades de éxito y, en general, del universo de situaciones concomitantes con el tratamiento médico. Es un proceso prolongado que se va dando entre profesional y paciente (Vázquez, 2002: 59).

La segunda parte, denominada general —en la cual el sujeto declara sus expectativas en el tratamiento y las terapias, es decir, las modalidades de atención en la eventualidad de una hipotética incapacidad—, es la parte en la cual el individuo indica sus perspectivas. Estas pueden ser negativas pero también positivas: el paciente podría manifestar que no desea ser sometido a curaciones extremas para continuar con la existencia, pero también podría desear un enfoque positivo, según el cual solicite ser vinculado a un tratamiento extremo, incluso el más invasivo o la experimentación de nuevos fármacos o procedimientos, con el fin de mantenerse en vida. De la misma forma, en las Declaraciones Anticipadas de Tratamiento Médico pueden darse indicaciones sobre el tipo de alimentación que desea recibir, el vestuario esperado —como en el caso de pacientes seguidores de determinada religión o costumbre—, directrices sobre la donación de órganos, pautas respecto al lugar de residencia o condiciones de traslado e incluso las condiciones de una eventual sepultura.

En la última parte, las *Advance Directives* consideran el denominado mandato en previsión de la incapacidad, en virtud del cual se establece un fiduciario (Hayzus, 2004: 167). Este término es entendido en su acepción originaria de sujeto guardador de extrema confianza, garante del respeto de la voluntad del incapaz, y no como sujeto del contrato de fiducia (Lascala, 2005: 67), por la indiscutible diferencia cualitativa en cuanto a las funciones de su ejercicio y por la inexistencia de un patrimonio autónomo, sino de un patrimonio de incapaz. Por lo tanto, la figura jurídica se acerca más a la del guardador, pero su radio de acción es más amplio: busca el desarrollo integral de las disposiciones del incapaz (Becerra, 2002: 40), desbordando el tradicional y restringido concepto de tutor o curador, convirtiéndose así en continuador de la voluntad más íntima del sujeto.

El mandato en previsión de la incapacidad generalmente no es remunerado, con salvedades legislativas en donde se prevé una derogación al principio de gratuidad, advertida como peligrosa en razón de la inoportunidad de pactar compensación económica a un mandatario *sui generis*, con funciones cargadas de intimidad, confianza y pudor.

5. Principio del consentimiento informado

La expresión consentimiento está definida como acción de consentir, permitir, aceptar, admitir un asunto o cosa; a su vez, “informado” se dice de una persona enterada de algo que no conocía (Marmolejo, 2006: 21).

Una de las cuestiones jurídicas más trascendentales y de gran debate, aun en países fuertemente católicos como Italia y España, es aquella relacionada con el valor imputable a la voluntad de la persona que determina el tratamiento terapéutico a practicarle en el momento futuro, cuando no estará en posibilidad de entender y querer.

El consentimiento informado es una condición necesaria y de su esencia para la legalidad de todo tratamiento o intervención médica (Kfoury, 2003: 38), de modo que la relación asimétrica entre el médico y el paciente se convierte en una alianza terapéutica, que infortunadamente en algunas legislaciones ha sido objeto de distorsiones, llevando al extremo de burocratizar el acto médico (Iturmendi, 1988).

Desde el punto de vista deontológico, la conmutación de una medicina paternalista (García, 2001: 201) —en la cual el médico era un sujeto con la carga de asumir decisiones— a un nuevo modelo que asume la importancia fundamental de la protección de la libertad de autodeterminación de la persona, hace imprescindible el consentimiento del paciente a las terapias e intervenciones quirúrgicas. Es ahora impensable desarrollar diagnósticos o actividades terapéuticas sin la adquisición de un consentimiento informado. Infortunadamente la legislación se ha interesado más en los problemas meramente jurídicos que en la ordenación ético-profesional (Sanz, 2004: 44).

El deber del médico estriba en la asistencia en materia de salud, encaminada a satisfacer, en su real dimensión tutelar, el interés terapéutico o clínico del paciente, en el entendido de que el profesional desplegará lo mejor de sí, de conformidad con la *lex artis ad hoc*, es decir, con las reglas que estereotipan su nobilísimo y milenarismo arte (Jaramillo, 2002: 210-211).

En particular, es deber del médico —en presencia de la negativa documentada por parte de persona con capacidad de entendimiento y voluntad— desistir de la actividad diagnóstica o terapéutica. No se permite ningún tratamiento médico en contra de los deseos del individuo, salvo en el caso de menores de edad, adultos mentalmente enfermos y en general de personas incapaces, en vista de que, si el paciente no es capaz de expresar su voluntad en caso de un grave riesgo para su vida, el médico puede no tener en cuenta lo que ha expresado anteriormente. Por el contrario, si el paciente no ha expresado su voluntad o es incapaz, se considera válido el consentimiento otorgado por la persona que ejerce la patria potestad o el representante legal, su tutor o fiduciario.

La eficacia del consentimiento informado radica en que el paciente asume los riesgos en la medida en que acepta el tratamiento médico (Tamayo, 2003: 63). Todo consentimiento a un acto médico comporta en parte una aceptación de riesgos; por lo tanto, el paciente debe estar convenientemente informado sobre aquello a lo que brinda consentimiento (Le Tourneau y Cadiet, 1998: 319).

Por consiguiente, el consentimiento informado, para ser pertinente, debe ser otorgado por una persona con capacidad de entendimiento y voluntad. El tratamiento médico es subordinado al consentimiento explícito del interesado, el cual puede ser revocado y modificado en estado de capacidad, dado que, como toda declaración de voluntad, no es inmodificable.

La doctrina italiana se ha encargado de identificar los requisitos del consentimiento informado, manifestando (Bilancetti, 2003: 336) que éste debe ser personal, consciente, instruido, actual, manifiesto, libre, completo, gratuito, recepticio, requerido, específico, temporal y revocable (López, 2007: 361-364).

La exigencia de proteger el derecho a la autodeterminación de las personas cuando ha sobrevenido incapacidad se ha resuelto en los países del *common law* atribuyendo relevancia a la voluntad expresada en un momento anterior, a través de las *Advance Directives*.

Excluyendo los países orientados por el *common law* y Alemania —en donde es consensual el acto de consentimiento informado al igual que sus modificaciones—, el documento asume la formalidad de acto notarial con la presencia de dos testigos. Con la introducción del registro de las *Advance Directives*, el lugar de conservación y quien ostenta la guarda de los documentos son el notario y los familiares del paciente. En caso de personas imposibilitadas para suscribir las *Advance Directives*, el notario podrá

autorizarlas en el entendido de que sea clara e inequívoca la voluntad del sujeto.

El asentimiento de voluntad del consentimiento informado es excluido para toda persona incapaz al momento de la suscripción, en armonía con las disposiciones sobre el acto jurídico. Es necesario estar en pleno estado de capacidad de ejercicio (Becerra, 2006: 36), es decir, no pueden ser suscritas por menores de edad, interdictos por demencia o disipación y, en general, por toda persona en estado de incapacidad, aunque sea relativa, por tratarse de un acto de disposición (Messineo, 1955: 445).

La validez jurídica de las *Advance Directives* entra en duda con el supuesto de que, en estado de incapacidad del paciente, existan diferencias sobre la interpretación o integración de la manifestación de la voluntad del suscriptor sobre el consentimiento informado entre familiares, fiduciarios, médicos y, en general, entre interesados. Sea lo primero indicar que la legislación sobre el tema no es convergente, en cuanto la mayor parte de las legislaciones determinan que la divergencia debe ser resuelta por el juez de conocimiento por demanda de parte, en consideración a la necesaria verificación legal. Esta verificación es propia de la inferencia encaminada a deducir la pretérita voluntad del paciente al momento de suscribir las Declaraciones Anticipadas de Tratamiento Médico con efectos presentes al tratamiento, circunstancia que debe ser de conocimiento de un juez por su ineludible análisis jurídico. Esclarecer la manifestación de voluntad es un asunto de competencia jurídica y no médica; esta es una solución legislativa irracional desde el punto de vista fáctico, por ser anacrónico aguardar la duración de un proceso, lleno de controversia probatoria por su índole declarativa, para un asunto de inmediata y urgente decisión. En una precisa minoría de legislaciones las controversias son dirimidas de forma no jurídica, recurriendo a un comité médico integrado por el médico de cabecera y otros dos que paradójicamente se pronuncian sobre la interpretación o integración del valor jurídico de la voluntad del paciente. Esta situación es conforme a la realidad de los tiempos necesarios para la toma de decisiones, pero precaria por su validez en razón de la inseguridad que brinda una decisión jurídica en manos de profesionales de la medicina. Es axiomática la incertidumbre sobre la capacidad y pertinencia de las *Advance Directives*, y de su efectividad en torno a determinar la voluntad futura, ahora presente, surgida de una manifestación remota.

6. Derecho comparado de las *Advance Directives*

La discusión sobre este tema se ha intensificado en los últimos años a raíz de situaciones de hecho controversiales, obligando a algunos países europeos a

dotar su legislación con las *Advance Directives*. Los demás actualmente carecen de legislación sobre el tema, pero la discusión parlamentaria es muy intensa, porque en todos los países europeos existen proyectos de ley con principios divergentes y otras veces convergentes.

Es menester precisar que, además del inexacto término Testamento Biológico, las *Advance Directives* en Europa han sido denominadas de forma distinta, como directivas para la curación (V. Engelhardt, 2008), instrucciones preventivas (*Università di Bari*, 03/10/2002), testamento de vida (Singer, 2008), acto escrito por el cual una persona dispone de su tratamiento médico (*Senato della Repubblica*, 26/04/2006), mandato en previsión de la incapacidad (*Camera dei Deputati*, 17/02/2004) y documentos de instrucciones preventivas. Se estima la designación Declaraciones Anticipadas de Tratamiento Médico como la más apropiada e incluyente, en armonía con la calificación que el artículo primero de la mayor parte de las legislaciones y de proyectos de ley hace del instituto.

Es indudable que se presencia la creación de un nuevo instituto jurídico, no obstante la denominación disímil. Las *Advance Directives* en su estricto sentido —ajeno a la eutanasia permitida en Estados Unidos, Gran Bretaña, Holanda, Bélgica, Dinamarca y los estados de Manitoba y Ontario de Canadá— son contempladas legislativamente o por praxis en toda Europa (*Donna Moderna* 11/05/2008).

Se procede a resaltar algunas particularidades de las Declaraciones Anticipadas de Tratamiento Médico en la realidad jurídica de los países occidentales en donde ellas se contemplan, destacando las especialidades, anomalías u originalidades que las distinguen de la generalidad.

Es posible realizar un análisis comparativo del universo de la reglamentación legal de los países europeos dotados de legislación, y de los proyectos legislativos que existen en Europa, por cuanto los segundos tienen como imitación y deseo de superación a los primeros. La garantía, precisión y amplitud del consentimiento informado constituyen, internacionalmente, el rasgo común denominador de las *Advance Directives*.

En cuanto a la terminología del concepto de consentimiento informado, en las lenguas latinas se ha preferido conservar la estructura idiomática y traducir literalmente la noción. Así, en italiano se recurre a la expresión *consenso informato*, en francés a *consentement éclairé*, en portugués y español a consentimiento informado, en alemán *Patienten-Testament* y en inglés *informed consent*. No obstante, en otras zonas del planeta, como Nueva

Zelanda, han sido usados giros literarios poco oportunos del tipo “opción informada” o “selección con información” (Cecchetto, 2002: 103-104), que desdibujan la esencia del significado de consentimiento informado.

Estados Unidos de América fue el primer país en reconocer la legitimidad y validez de las *Advance Directives*, concibiéndose desde su inicio como una declaración de plena voluntad, en la cual se otorgan instrucciones que deben ser mantenidas en la hipótesis de que, por causa de una grave enfermedad, el sujeto declarante no esté en condiciones de expresar su voluntad acerca de cuál tratamiento soportar. En la juridicidad norteamericana nace el concepto original *living will*, traducido erróneamente como Testamento Biológico. Realmente la interpretación correcta es “testimonio de vida” (Smorto, 2007: 144), que encaja en el contexto más amplio de las *Advance Directives*, como el conjunto de declaraciones destinadas a la atención médica que indican los tratamientos o intervenciones sobre los cuales se brinda la aprobación o el rechazo, en consideración a la posibilidad de tomar decisiones sobre la propia salud.

El 4 de abril de 1997, en Oviedo, se aprobó la Convención sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina, en la cual se establecieron normas de principio para la protección de la persona en todas sus condiciones existenciales. El artículo 9 afirma que la voluntad expresada por el paciente, precedentemente al momento del tratamiento en caso de incapacidad, debe ser tenida en cuenta (Sánchez, 2001: 150). La Convención fue ratificada por la casi totalidad de los organismos europeos de representación popular.

En Gran Bretaña y en los países escandinavos no existe disposición legal, pero existe la reglamentación proveniente de pronunciamientos judiciales inconfundibles del sistema del *common law* (Amato, 2007).

En Europa las *Advance Directives* tienen reglamentación legal en Dinamarca, Bélgica, Holanda, Francia y España. En Gran Bretaña está ausente la legislación sobre el tema, pero las *Advance Directives* son práctica común desde hace más de una década: allí la asociación de médicos, recomendando su uso, ha preparado el texto del *Mental Incapacity Act*, en donde se documentan las *Advance Directives* (*Università di Bari*, 13/11/2002). Evidentemente, en Europa Continental las legislaciones son recientes, siendo por lo tanto imposible confirmar sus bondades por ausencia de estadísticas, a diferencia del mundo del *common law*, donde las discusiones sobre el *living will*, el derecho a la buena muerte y las *Advance Directives* son habituales y de conocimiento jurídico desde los años setenta del siglo veinte.

En Francia se dispone, sin ser obligatoria su suscripción, la necesidad de validar cada tres años las *Advance Directives* asentadas, concluyendo que, si la incapacidad se verifica después de tres años de su redacción y suscripción (ABC 14/04/2005), el médico debería no considerarla por invalidez. Lo anterior es una paradoja o error de técnica legislativa representada en que la inutilidad de las *Advance Directives* generada por el transcurso de tiempo — tres años— es ociosa y desorientadora. Es así por la sencilla razón de que, no obstante ser inválida la declaración de voluntad, seguramente en ausencia de *Advance Directives* confirmatorias de aquella considerada inválida o caduca el médico estará interesado en considerar las *Advance Directives* inválidas, si es necesario conocer la voluntad del paciente en caso de incapacidad, por ser la única existente. La legislación francesa indica que la modificación parcial de una Declaración Anticipada es entendida como confirmación de la originaria, iniciando, desde la modificación, el término de tres años.

En España, la Conferencia Episcopal propuso en 1989 una forma de *Advance Directives* o Declaraciones Anticipadas de Tratamiento Médico. Actualmente la ley española sobre documentos de instrucciones preventivas contempla también disposiciones sobre el destino del propio cuerpo, órganos y sepultura frontalmente antieutanásicas (CEE, 1993). En el país ibérico, otro frente de actuación para atacar la denominada medicina industrializada ha sido la insistencia en la nueva medicina a través de cuidados paliativos (SECP, 2002: 37).

No obstante la ausencia de regulación legal, en Alemania está reconocido el acto de disponibilidad del sujeto que la doctrina alemana denominaba testamento del paciente, término modificado por las razones expuestas, en vista de la confusión que genera la noción de testamento. Es importante comentar que en Alemania no es requerida la forma escrita; puede ser oral (NE 2005). Así se equilibra la extrema consensualidad aventurada y contingente para un acto de infinita disposición y que requiere de absoluta precisión en lo correspondiente al consentimiento informado, con la obligatoria presencia de testigos.

La aplicación de las *Advance Directives* en Italia, cuyo parlamento actualmente discute ocho distintos proyectos de ley sobre el tema, es *de facto*, en consideración a que gran parte de las *Aziende Sanitarie Locali* desde hace más de cinco años somete a los pacientes a la redacción de estos documentos, sin valor vinculante por ausencia de legislación, pero innegablemente poseen un valor orientador (SICP, 2007). Como consecuencia, los lugares de conservación y quienes ostentan la guarda de los documentos *Advance Directives*, son las instituciones médicas estatales, por cuanto en los países que

no tienen reglamentación legal no existe el registro de las *Advance Directives*, ni formalidad alguna para su perfeccionamiento, convirtiéndose la historia clínica en el lugar en donde se conservan los documentos contentivos del consentimiento informado.

En la totalidad de las legislaciones y proyectos de ley, la declaración de voluntad de las *Advance Directives* es facultativa, a excepción del proyecto de ley italiano número 687 de 2006, el cual dispone la obligatoriedad para todo ciudadano de suscribir las Declaraciones Anticipadas de Tratamiento Médico (*Avvocati Gorizia* 08/032008). El augurio que el proyecto de ley sea fallido es fundamentado en la opinión de que es impensable la coerción en contra de la voluntad de suscripción.

En la mayor parte de Europa el guardador de la voluntad del paciente se denomina administrador de sostenimiento. En esta expresión, la voz “sostenimiento” es entendida como sustento y mantenimiento del consentimiento informado, que tiene la finalidad de continuar y hacer respetar las disposiciones del sujeto durante su incapacidad. La excepción es el proyecto de ley italiano 433 de 2006, que reglamenta la eventualidad de su existencia. El nombramiento se considera necesario en el resto de Europa (*Senato della Repubblica*, 19/05/2006).

El mismo proyecto de ley italiano 433 de 2006 concibe una imperfecta excepción al principio de capacidad de ejercicio para acudir a las *Advance Directives*, anunciando la obligatoriedad de escuchar el parecer de los menores adultos e interdictos en los casos en que tratamientos médicos sobre ellos conllevan serios riesgos para su salud o que puedan tener graves efectos de invalidez (*Senato della Repubblica*, 19/05/2006).

En Holanda, a diferencia de todos los demás países de Europa Continental, la ley de control de interrupción de la vida por solicitud y asistencia al suicidio reconoce explícitamente la validez de una declaración escrita en la cual el paciente pone de manifiesto su intención de recurrir a la eutanasia (*Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*). Se determina el significado de asistencia al suicidio como las específicas directivas mediante las cuales el médico debe asistir al paciente con enfermedad en fase terminal, situación que el médico debe confirmar, indagando si la voluntad del paciente es espontánea o inducida, siendo su obligación ilustrar al paciente sobre los tratamientos y las alternativas. Le es prohibido contraindicar al igual que aconsejar la asistencia al suicidio, mientras que es su compromiso aclarar el escenario médico del paciente. En Holanda existe una clara relación entre *Advance Directives* y asistencia al suicidio o eutanasia activa, por cuanto los documentos de

Advance Directives incluyen instrucciones de asistencia al suicidio, lo cual significa que realmente son *living wills*.

La frecuente confusión entre *Advance Directives* o Declaraciones Anticipadas de Tratamiento Médico y eutanasia pasiva, prohibida en gran parte de Europa con puntuales excepciones, ha sido causa de dificultades morales y sociales para la promulgación de la normatividad sobre el tema. Ha sido así a pesar de ser inobjetable la tajante exclusión de la autorización de la eutanasia en las *Advance Directives*. La introducción de éstas ha sido y será difícil por el límite tan sutil con la eutanasia, lo que ha generado rechazo social alimentado por las correctas creencias religiosas y humanas. La demostración de lo anterior es la actual discusión de proyectos de ley desde hace años en todos los países europeos sobre las *Advance Directives*, trascendiendo a ley solo en cuatro países, sobre todo por estar involucrados temas de índole constitucional, además de clínicos, éticos y sociales. En consecuencia, las comisiones parlamentarias llamadas a la aprobación son varias, entorpeciendo y, en algunos casos, aboliendo la posibilidad de reglamentación legal.

7. Eutanasia

Aparentemente no existe diferencia entre el derecho a rechazar el tratamiento médico, conducta propia en las *Advance Directives*, y la eutanasia. Los dos conceptos de hecho a menudo generan confusión. Es menester recalcar que el concepto de *Advance Directives* excluye y no prevé la eutanasia activa, a excepción de Holanda, Gran Bretaña, los países escandinavos y Estados Unidos, en donde a tal propósito se conciben las específicas *Advance Directives* denominadas *living will*. Sin embargo, las Declaraciones Anticipadas de Tratamiento Médico podrían llevar a la denominada eutanasia pasiva, porque las *Advance Directives* prevén la interrupción de los tratamientos o la limitación del suministro de fármacos o sustancias que podrían aliviar el dolor. En algunos casos esta interrupción podría acelerar u ocasionar el proceso de la muerte biológica en la fase terminal de la vida, considerándose una forma de eutanasia.

La eutanasia activa consiste en causar la muerte de un individuo mediante conductas activas, mientras que la eutanasia pasiva consiste en provocar la muerte mediante la omisión de prácticas terapéuticas que podrían mantener en vida al sujeto (Rodríguez-Arias, 2005: 69). En ambos casos el sujeto activo de la acción de generar la muerte es un profesional de la salud que, mediante su conducta activa o pasiva, satisface la voluntad del paciente; de este modo el profesional de la salud se convierte en un agente de la intervención al final de la vida (Serrano, 2001: 69).

En los países que permiten la eutanasia o muerte digna, el legislador resuelve despenalizar el denominado homicidio por piedad, que es aquel que se realiza para poner fin a intensos sufrimientos (Bacon, 1977), provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable (Yepes, 2004: 28); la eutanasia impone una derogación legislativa a la tipificación penal del homicidio por piedad.

Es por lo tanto inconcebible y es un absurdo jurídico que desconoce el principio de legalidad —entre otros principios de orden constitucional— aprobar por vía jurisprudencial la eutanasia en los países que no prevén la eutanasia, es decir, que tipifican penalmente el homicidio por piedad, como Colombia. Así lo hizo la Corte Constitucional en 1997, de forma autárquica de todo el ordenamiento jurídico colombiano y en obtuso sesgo alimentado por las erróneas tendencias políticas de las cuales la dignidad de la Corte Constitucional y de sus integrantes debe permanecer ajena. La Corte manifestó y determinó que un Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y que solicita le ayuden a morir; por consiguiente, expone la Corte Constitucional, que si un enfermo terminal considera que su vida debe concluir, puede proceder en consecuencia, en ejercicio de su libertad, sin que el Estado esté habilitado para oponerse a su designio, ni impedir —a través de la prohibición o de la sanción— que un tercero le ayude a hacer uso de su opción. La justificación del magistrado ponente, cuando excusa su decisión, se centra en explicar que se persigue el libre desarrollo de la personalidad, en el marco de una sociedad pluralista (*Revista Médico-Legal*, 2005). Lo anterior no solamente atenta contra el principio de división del poder público, infringiendo los valores democráticos por irrespetar abiertamente la voluntad soberana del legislador —representante legítimo de la voluntad ordenadora de los asociados—, sino que atropella toda noción y significación que mundialmente se conoce sobre el tema de la eutanasia y la despenalización del delito de homicidio por piedad.² La doctrina extranjera ha señalado la decisión de la Sentencia C-239 de 1997 como extremadamente controversial (Uprimny, 2007: 55), por la simple razón de que debe estar dispuesta una derogación al homicidio por piedad, la cual en un verdadero Estado de Derecho y de equilibrio constitucional debe estar determinada no por la dictadura u oligarquía de la nobleza de las altas cortes, sino por la representación popular personificada en el legislador, que —independientemente de su indolencia e incompetencia— es el llamado, dentro de un marco democrático y respetuoso de los límites constitucionales, a suprimir un hecho punible.

² Ver Corte Suprema de los Estados Unidos, *Washington vs. Glucksberg*, 521 US 702 (1997).

Ambas conductas, eutanasia activa y pasiva, no obstante ser realizadas en cumplimiento de la voluntad del paciente terminal para concluir sin sufrimiento y con dignidad la propia vida, no encuentran una disciplina específica en los ordenamientos que no prevén los *living wills*, es decir, la tradición jurídica del *civil law*. Por lo tanto, a excepción de Estados Unidos, Gran Bretaña, Holanda y algunos países escandinavos —en donde existe la reglamentación legal de la eutanasia—, no es permitido, y de hecho es absolutamente prohibido con la tipificación en modalidad de conducta activa o pasiva, la eutanasia en cualquiera de sus modalidades. En consideración a lo anterior, las *Advance Directives* son, a diferencia de los *living wills*, excluyentes de la eutanasia. Esta divergencia no es entendida en el colectivo social que equivocadamente imagina las *Advance Directives* como la forma de reconocimiento y legalidad de la eutanasia; nada más falso. Este es un error de apreciación que continúa generando el repudio legislativo de las Declaraciones Anticipadas de Tratamiento Médico.

8. Crítica de las *Advance Directives*

Existen dos posiciones jurídicas disímiles, como ya se ha señalado. Quienes admiten la validez de las *Advance Directives* sostienen que los ordenamientos jurídicos y la mayor parte de las constituciones políticas les atribuyen eficacia en razón al principio de autodeterminación. Este principio incluye la libertad y la autonomía en los tratamientos médicos, por cuanto si el individuo determina someterse a determinados procedimientos médicos esa voluntad debe ser respetada, sin importar que el sujeto al momento del procedimiento o tratamiento no pueda confirmar la voluntad emitida antes de la incapacidad sobreviviente. Para los detractores del valor jurídico de las *Advance Directives*, la imposibilidad de confirmar, modificar o negar la voluntad previamente expresada es significación de negación de la misma voluntad, por cuanto no puede considerarse válida si es expresada por un sujeto plenamente capaz y sano cuando, en un futuro, no será capaz, no estará sano, no tendrá idoneidad psicofísica de concebir, razonar, manifestarse, tener conciencia del tratamiento médico. La razón es que es perfectamente posible que un sujeto, en plena capacidad, pueda manifestar que en la eventualidad futura de determinada o indeterminada enfermedad que en la actualidad se considera incurable, su decisión será extinguir su existencia o no querer estar sometido a tratamientos extremos; en cambio, cuando se encuentra en la situación de enfermedad incapacitante, podría decidir lo contrario a lo anticipadamente señalado en las *Advance Directives*, es decir, podría desear obtener cualquier tratamiento médico que tenga como finalidad un alivio médico, una esperanza de sobrevivir frente a una enfermedad que probablemente al momento de la

incapacidad —a diferencia de cuando suscribió las *Advance Directives*— es curable o es determinada de forma distinta a como se consideraba en el momento de la manifestación. También es posible que en las *Advance Directives* se plasme de forma indeterminada la enfermedad o la misma tenga unas consecuencias distintas, en atención a los inconmensurables adelantos científicos, así como frente a los inexplicables errores médico-científicos. Todo esto se presenta bajo una óptica no jurídica, sino psicológica, acerca de las variaciones momentáneas en los estados de ánimo y de estabilidad sentimental que sufre el ser humano.

La situación se explica con un ejemplo: una mujer que en el momento de suscribir las *Advance Directives* sea plenamente capaz podría, al momento de futura incapacidad o invalidez, ser madre de un infante, floreciendo indudablemente en ella la fuerza sobrehumana de desear sobrevivir a la niñez, adolescencia, felicidad y demás sentimientos típicos de la relación madre e hijo. Igual podría decirse de una abuela o de compañeros sentimentales y, en general, de toda relación interpersonal. El acontecimiento en el que el sujeto se encuentre fuertemente mediatizado, probablemente deprimido, sometido a tensiones, impide definir en sentido estricto su acto como libre (Keown, 2002).

Respetando el entendimiento sobre la situación personal o genérica del mismo sujeto —como puede ser respirar, caminar, alimentarse, ser independiente en sus necesidades—, la crítica persistente en la doctrina internacional ha expresado su perplejidad en torno al escenario del real, efectivo, incondicional, profundo y libre conocimiento de las condiciones médicas por parte de un sujeto ajeno a la profesión galena, es decir, un sujeto que no entiende de medicina y no es idóneo para decidir sobre futuros, desconocidos e indocumentados tratamientos médicos.

Un estudio de la *University of Carolina, Irvine* ha revelado que una tercera parte de las personas que suscriben *living wills*, es decir, declaraciones dirigidas a la eutanasia, las modifica dentro del año siguiente a la suscripción, y tres cuartas partes de éstas cambia totalmente su percepción y voluntad frente a los tratamientos médicos sin que se percaten de ello. En vista de que el estudio ha demostrado que, técnicamente —desde el punto de vista médico—, su voluntad había cambiado, pero los pacientes estaban seguros que se trataba de la misma voluntad, se puso en evidencia la imposibilidad y desconfianza de usar las *Advance Directives* para interpretar la real, profunda y clara voluntad de los pacientes, en cuanto a los tratamientos médicos que quieren que les sean o no practicados en el momento de un futuro y posible estado de incapacidad (ANSA 27/04/2008).

La más significativa crítica y objeción a la validez y eficacia del consentimiento otorgado por un sujeto en estado de capacidad para tener efectos durante su futura y eventual incapacidad radica en que es imposible estimarse válido el consentimiento informado, a la luz de una experiencia que no es actual sino futura. El consentimiento informado se fundamenta, en consideración a su esencia, en un conocimiento detallado y preciso por parte del paciente, formado gracias a la información brindada por el profesional de la salud: la información del médico debe ser detallada y precisa en referencia al contexto histórico médico-científico de una determinada sintomatología. Surge inmediatamente la duda sobre cómo puede otorgarse un consentimiento informado sobre una eventual y futura patología, consecuencia de una enfermedad, sobre la cual no se tiene la posibilidad de escoger entre los varios tratamientos médicos, precisamente porque es futura o porque no se conocen los adelantos de la ciencia médica. Es materialmente imposible considerar válido un consentimiento otorgado en relación a una patología que afectará el individuo cuando no podrá escoger, por estar en incapacidad, y de la cual expresa su voluntad en estado de capacidad cuando aún no existe la patología o enfermedad. Es indudable que el consentimiento es válido cuando se expresa la propia voluntad sobre síntomas actuales, pero no es tan convincente la conclusión cuando los síntomas son futuros y el individuo será incapaz.

Suponer válido el consentimiento informado de las *Advance Directives* significa considerar legítima una voluntad hipotética, fundamentada en suposiciones, cuyo contrario es una voluntad real.

Desde el punto de vista de los intereses jurídicos del profesional de la medicina se presentan dificultades en lo correspondiente a la protección de la actuación médica, por cuanto la responsabilidad médica podría ser censurable en vista de la imposibilidad del médico de explicar una situación futura de la cual no puede dar detalles, ni ser exhaustivo, debido a que no le es posible pronosticar los adelantos de la ciencia médica, ni de diagnosticar la real y verdadera sintomatología del paciente. Así se abre una fisura para que la actuación del médico sea considerada reprochable, con consecuente responsabilidad médica, porque no suministró una explicación para que el paciente se formara una idea sobre su situación futura de incapacidad, o porque en estado de incapacidad no dio cumplimiento a la supuesta voluntad del sujeto.

Bibliografía

- ABC. "Francia Aprueba una Ley que Permite «Dejar Morir», Sin Legalizar la Eutanasia." 14 Abril 2008. Consultada 7 Mayo 2008. <<http://www.condignidad.org/Francia-ley-dejar-morir.html>>.
- Amato, Salvatore. "Il Diritto di Non Esistere". *Università di Catania*. 2007. Consultada 30 Abril 2008. Disponible en: <http://www.lex.unict.it/didattica/materiale07/biogiuridica/slide/10-Eutanasia_problemi_generali.ppt#327,26,Living_will>.
- ANSA. "Testamento Biológico. Cambio Idea." 27 Abril 2008. Consultada 28 Abril 2008. <http://www.ansa.it/site/notizie/awnplus/cultura/news/2008-04-27_127208266.html>.
- Aristóteles. *Ética a Nicomano*. Trad. María Araujo y Julián Marías. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales (1981).
- Avvocati Gorizia. "Il Testamento Biologico". 8 Marzo 2008. Consultada 29 Abril 2008. Disponible en: <<http://www.avvocatigorizia.it/public/comunicazioni/IL%20TESTAMENTO%20BIOLOGICO.doc>>.
- Bacon, F. *History of Life and Death: With Observations Natural and Experimental for the Prolonging of Life*. Ayerco (1977).
- Becerra Toro, Rodrigo. *Teoría general del acto jurídico*. Cali: Pontificia Universidad Javeriana Cali (2006).
- Becerra Toro, Rodrigo. *Tratado de los tutores y curadores*. Cali: Universidad de San Buenaventura Cali (2002).
- Bilancetti, Mauro. *La responsabilità penale e civile del medico* (5 Ed.). Padova: Cedam (2003).
- Black Voice News Online. "Terry Schiavo's Death Is a Lesson and Warning." 7 Abril 2005. Consultada 30 Abril 2008. <http://www.blackvoicenews.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=38050>.
- Bondolfi. *Dizionario de bioetica Leone e Privitera*. Bologna: Edizioni Dehoniane (1994).
- Brussino, Silvia Liliana. "Bioética, Deliberación y Juicio Razonable". En: *Bioética y Bioderecho*. Ed. Luis Guillermo Blanco. Buenos Aires: Editorial Universidad (2002).
- Busnelli. "Il Diritto e le Nuove Frontiere della Vita Umana". En: *Iustitia*. (1987)
- Camera dei Diputati. "Proposta di Legge. Norme a tutela della dignita` e delle volonta` del morente". 17 Febrero 2004. Consultada 30 Abril 2008. Disponible en: <http://www.camera.it/_dati/leg14/lavori/stampati/pdf/14PDL0059420.pdf>.
- Cardona Hernández, Guillermo. *Tratado de sucesiones*. Bogotá D.C.: Ediciones Doctrina y Ley (2004).
- Castaño de Restrepo, María Patricia. *El consentimiento informado del paciente en la responsabilidad médica*. Bogotá D.C.: Temis (1997).
- Cecchetto, Sergio. "Consentimiento Informato". En: *Bioética y Bioderecho*. Ed. Luis Guillermo Blanco. Buenos Aires: Editorial Universidad (2002).

- CEE Conferencia Episcopal Española. *La eutanasia. 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y actitud de los católicos* (1993).
- Cotta, S. *Aborto ed eutanasia: un confronto. Rivista di Filosofia* (1983).
- Donna Moderna. “Dove È Riconosciuto IL Testamento Biologico.” Consultada 11 Mayo 2008.
<<http://www.donnamoderna.com/salute/articolo/idA040001015526.art>>.
- Espinel Blanco, Víctor. *Derecho sucesoral*. Bogotá D.C.: Temis (1984).
- García Garnica, María del Carmen. *La responsabilidad civil en el ámbito de la medicina asistencial*. Barcelona: Elcano (2006).
- Hayzuz, Jorge Roberto. *Fideicomiso*. (2. Ed.) Buenos Aires: Astrea (2004).
- Herranz, G. “Las Instrucciones previas”. En: *La implantación de los derechos del paciente*. Ed. Pilar Leon Sanz. Pamplona: Eunsa (2004).
- Iturmendi Morales, J. “En Torno a la Deontología”. En: *anuario jurídico y económico escurialense*. San Lorenzo del Escorial, XXXI (1998).
- Jaramillo, Carlos Ignacio. *Responsabilidad civil médica*. Bogotá D.C.: Pontificia Universidad Javeriana (2002).
- Jonas, Hans. *Técnica, medicina y ética*. Barcelona: Paidós (1997).
- Keown, J. *Euthanasia, Ethics and Public policy: An Argument against Legalization*. Cambridge: Cambridge University Press (2002).
- Kfoury Neto, Miguel. “Responsabilidade Civil do Médico”. En: *Revista dos Tribunais* 38. Sao Paulo (2003).
- Lafont Planeta, Pedro. *Derecho de sucesiones tomo I*. (6. Ed.) Bogotá D.C.: Ediciones Librería del Profesional (2000).
- Lascala, Jorge Hugo. *Práctica del fideicomiso*. Buenos Aires: Astrea (2005).
- Le Tourneau, Philippe y Cadiet, Loïc. *Droit de la responsabilité*. Paris: Dalloz (1998).
- Lopez Mesa, Marcelo. *Tratado de responsabilidad médica*. Buenos Aires: Legis Argentina (2007).
- Maffía, Jorge. *Manual de Derecho Sucesorio*. (5. Ed.) Buenos Aires: LexisNexis (2005).
- Marmolejo Giraldo, Carlos Alberto. *Consentimiento informado en el procedimiento médico y/o quirúrgico*. Bogotá D.C.: Kimpes (2006).
- Messineo, Francesco. *Manual de derecho civil y comercial (T. IV)*. Buenos Aires: Ediciones Jurídicas Europa-América Chile (1955).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. “Euthanasia: The Netherlands’ New Rules”. Consultada 26 marzo 2008. Disponible en: <<http://bestel.postbus51.nl/content/pdf/16BR2002G009.pdf>>.
- NE Nationaler Ethikrat. “Patientenverfügung”. Berlin (2005)
- Revista Médico-Legal*. “La corte despenalizó la eutanasia activa, pero bajo condiciones muy precisas.” Año XI No. 2 Número 28 (2005).
- Ricoeur, Paul. *Sí mismo como otro*. Madrid: Siglo XXI (1996).
- Ripert, Georges y Boilanger, Jean. *Tratado de derecho civil sucesiones primera parte tomo X*. Buenos Aires: La Ley (1987).
- Rodríguez-Arias Vailhen, David. *Una muerte razonable. Testamento vital y Eutanasia*. Bilbao: Desclée De Brouwer (2005).
- Sánchez Carazo, C. “El convenio de Oviedo”. *Revista Pediatría de Atención Primaria Volumen III. Número 9*. 147-159 (2001).

- Santosousso. "Il Paziente non Cosciente e le Decisioni sulle Cure: il Criterio della Volontà dopo il Caso Cruzan Nota alla Sentenza della Corte Suprema degli Stati Uniti 25 Giugno 1990 Cruzan Vs. Director Missouri Department Of Health". En: *Foro IV*. 66-72 (1991).
- Sanz, Julian. "Los Principios Generales de la Ley 41/2002". En: *La implantación de los derechos del paciente*. 43-78. Pamplona: Eunsa (2004).
- SECP Sociedad Española de Cuidados Paliativos. "Declaración sobre la Eutanasia". En: *Medicina paliativa 9* (2002).
- Senato della Repubblica. "Disegno di Legge. Disposizioni in Materia di Consenso Informato e di Dichiarazioni Anticipate di Trattamento Sanitario". 26 Abril 2006. Consultada 29 Abril 2008. Disponible en: <<http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/00208453.pdf>>.
- Senato della Repubblica. "Legislatura 15º - Disegno di legge numero 433". 19 mayo 2006. Consultada 29 Abril 2008. Disponible en: <http://portale.fnomceo.it/Jcmsfnomceo/cmsfile/attach_3123.pdf>.
- Serrano Ruiz-Calderón, José Miguel. "Ley 41/2002 y las Voluntades Anticipadas". En: *Cuad. Bioét.* 69-76 (2006).
- Serrano Ruiz-Calderón, José Miguel. *Eutanasia y vida dependiente*. (2. Ed.) Madrid: Eiusna (2001).
- Serrano Ruiz-Calderón, José Miguel. *Retos jurídicos de la bioética*. Madrid: Eiusna (2005).
- SICP Societa' Italiana per le Cure Palliative. *Testamento biologico: terapisti del dolore, approvare legge*. Perugia: Societa' Italiana per le Cure Palliative (2007)
- Singer, Peter A. "Living Will". *University of Toronto Joint Centre for Bioethics*. 4 mayo 2008. Disponible en: <http://www.utoronto.ca/jcb/outreach/documents/JCB_Living_Will.pdf>.
- Smorto, Guido. "Note comparatistiche sull'eutanasia". En: *Diritto e questioni Pubbliche n.7*. 143-179. Palermo: Dipartimento di Studi su Politica Diritto e Società Università degli Studi di Palermo (2007).
- Tamayo Jaramillo, Javier. *Sobre la prueba de la culpa médica*. Medellín: Biblioteca Jurídica Díké (2003).
- Tribunale di Roma Sezione i Civile. *Ordinanza udienza del procedimento cautelare numero N.R.G. 78596/2006. 12 dicembre 2006* (2006)
- Università di Bari. "I Casi di Eutanasia Ormai Sono Troppi Subito una Legge". 3 Octubre 2002. Consultada 25 marzo 2008. <<http://lgxserver.uniba.it/lei/rassegna/031002.htm>>.
- Università di Bari. "Nei Paesi Anglosassoni lo Chiamano". 13 Noviembre 2002. Consultada 25 marzo 2008. <<http://lgxserver.uniba.it/lei/rassegna/021113.htm>>.
- Uprimny Yepes, Rodrigo. "Judicialization of Politics in Colombia: Cases, Merits and Risks". Trad. Barney Whiteoak. *Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos* 6. 53-69. Sao Paulo (2007).
- V. Engelhardt, Dietrich. "informare il malato circa la natura della malattia – chiarimenti al capezzale, tra informazioni diagnostiche e verità". *Rete Civica dell'Alto Adige*. Consultada 7 Abril 2008. Disponible en: <<http://www.provinz.bz.it/gesundheitswesen/downloads/bioetica/capitolli/2.pdf>>.

- Vázquez Ferreyra. *Daños y perjuicio en el ejercicio de la medicina*. Buenos Aires: Hamurabi (2002).
- Yepes Restrepo, Sergio. *La responsabilidad civil médica* (6 Ed.). Medellín: Biblioteca Jurídica Diké (2004).
- Zannoni, Eduardo. *Manual de derecho de las sucesiones*. (5. Ed.) Buenos Aires: Astrea (2007).
- Zappalá, Francesco. “Estatuto Jurídico del Concebido”. En: *Criterio Jurídico* 7, pp. 263-280. Cali: Pontificia Universidad Javeriana Cali (2007).

De la imprenta

En esta sección, *Criterio Jurídico* reproduce un texto que el equipo editorial ha considerado de especial interés, y que la revista imprime con el fin de darle difusión y acercarlo a la comunidad académica.

En esta edición, incluimos un texto del filósofo español Gabriel Bello Reguera, publicado en su libro *Postcolonialismo, emigración y alteridad* (Editorial Comares, 2007). El enfoque de este autor constituye una contribución fresca a un tema tan importante para el derecho contemporáneo como es el de los Derechos Humanos.

La política de los derechos humanos y los derechos de los otros
Gabriel Bello Reguera

